CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

DU

Dr DE WECKER, A PARIS.

RELEVÉ STATISTIQUE,

PAR

le Dr MASSELON,

CHEF DE CLINIQUE,

des opérations pratiquées pendant l'année 1875.

PARIS,
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
Place de l'École de médecine.

GAND, IMP. DE I.-S. VAN DOOSSELAERE.

1876.

CLINIQUE
OPHTHALMOLOGIQUE

DU

Dr DE WECKER, A PARIS.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

DU

D[r] DE WECKER, A PARIS.

RELEVÉ STATISTIQUE,

PAR

le D[r] MASSELON,

CHEF DE CLINIQUE,

des opérations pratiquées pendant l'année 1875.



PARIS,
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
Place de l'École de médecine.

—

GAND, IMP. DE I.-S. VAN DOOSSELAERE.

—

1876.

CLINIQUE

OPHTHALMOLOGIQUE

DU

Dr DE WECKER, A PARIS.

Tableau général des opérations pratiquées pendant l'année 1875.

Cataractes	265
Iridectomies	171
Iridotomies	35
Sclérotomies	4
Opérations de strabisme	102
Enucléations	17
Opérations de Sæmisch	11
Tarsoraphies	6
Abrasions conjonctivales	31
Elargissements de la fente palpébrale	13
Ablations de staphylôme total de la cornée (procédé de de Wecker)	6
Tatouages de la cornée	14
Opérations d'entropion (par les sutures)	14
id. id. de la paupière inférieure (par ablation d'un lambeau cutané)	2
Sutures de Snellen dans l'ectropion	5
Opérations de Jaesche-Arlt contre le trichiasis	4
Greffes conjonctivales (conjonctive humaine)	5
id. id. (conjonctive de lapin)	5
Greffes dans l'ectropion cicatriciel (en mosaïque)	2
id. id. id. (par large lambeau)	3
Pterygions	10
Trépanations dans le staphylôme complet de la cornée	2
Trépanations de staphylômes partiels	3
Ablations de staphylômes partiels	3
Opérations de kératocône	5
Ablations d'épithelioma des paupières	4
A reporter	742

Report . . .	742
Opérations de ptosis	2
Sections du nerf sus-orbitaire dans le blépharospasme .	7
Ponction de décollement de la rétine	1
Ablation d'un épithélioma de la conjonctive	1
id. d'un pinguécula	1
Abrasions cornéennes.	4
Ablations de xanthelasma.	2
Opérations de symblepharon.	2
Kyste de la queue du sourcil.	1
id. du fond de l'orbite	1
Tumeur érectile de la paupière supérieure (opérée par injection de perchlorure de fer)	1
Tumeur érectile de la paupière sup. (opérée par la ligature).	1
Ablation d'un lipome de la conjonctive.	1
id. d'un sarcome de la paupière supérieure	1
Rapetissement de la fente palpébrale	2
Ablation d'un cysticerque de la paupière supérieure . .	1
Tentative d'extraction d'une balle de l'orbite.	1
Extraction d'un fragment de capsule de la chambre ant. .	1
Réunion d'une fistule lacrymale	1
id. id. de la cornée	1
id. d'un coloboma traumatique de la paupière supérieure.	1
Extraction d'un fragment de bois siégeant dans l'orbite .	1
Cysticerque du corps vitré (ponction de la vésicule). . .	1
Total. . . .	778

I. Cataractes.

Les 265 opérations de cataracte indiquées au tableau général doivent être réparties comme il suit,

Cataractes simples.	229
id. compliquées	6
id. traumatiques	9
id. pyramidale	1
id. congénitales	4
id. secondaires	16

Ces cataractes ont été opérées par extraction, sauf les cataractes secondaires, congénitales, et six parmi les cataractes traumatiques, pour lesquelles on a pratiqué la discision.

Dans deux cas, la cataracte secondaire a été sectionnée avec la pince-ciseaux.

Cataractes simples. — 229.

Parmi les 229 cataractes simples opérées à la clinique, 48 l'ont été par le procédé de de Graefe, 2 par l'extraction linéaire simple, et 179 par l'extraction à lambeau périphérique.

Les cataractes opérées par les deux premiers procédés ci-dessus énoncés, au nombre de 50, ont fourni pour ce qui concerne l'acuité visuelle les résultats suivants :

chez	8	opérés	$S = 1$
id.	15	id.	$S = \frac{2}{3}$
id.	6	id.	$S = \frac{1}{2}$
id.	6	id.	$S = \frac{2}{5}$
id.	3	id.	$S = \frac{2}{7}$
id.	5	id.	$S = \frac{1}{10}$

L'acuité visuelle de 5 malades ne figure pas encore dans ce tableau, leurs lunettes ne leur ayant pas encore été indiquées. Nous avons noté dans un cas l'issue du corps vitré. Une fois s'est développée une suppuration de la cornée, et dans un autre cas une panophthalmie.

Il est juste de dire que ce dernier accident est survenu chez un malade que, par exception et pour des raisons majeures, on avait consenti à laisser retourner chez lui aussitôt après son opération.

Nous donnons ci-après un exposé de la méthode opératoire, par extraction à lambeau périphérique, qui a été mise en pratique dans 179 cas. Cet exposé n'est autre chose que la communication que notre maître se proposait de faire au Congrès de Bruxelles, s'il n'avait été rappelé à Paris par des circonstances fâcheuses(1). Nous y avons

---

(1) Une inoculation d'ophthalmie purulente contractée par moi-même à la clinique.

ajouté toutefois l'indication des modifications qu'il a apportées tant au procédé opératoire lui-même qu'à l'emploi de l'ésérine, ainsi que la statistique des 179 cas opérés par cette méthode.

Laissons la parole à M. de Wecker :

« Après avoir fait publier pendant plusieurs années[1] des relevés statistiques très satisfaisants des opérations de cataracte exécutées par le procédé de de Graefe; après l'éloge public décerné par de Graefe[2] lui-même, dans sa dernière publication, à mon très-estimé confrère Jacobson et à moi, « de jouir de la réputation de baser nos convictions sur des faits », je crois de mon devoir d'exposer en toute franchise les raisons qui m'ont conduit à rechercher une nouvelle méthode opératoire, la direction que j'ai suivie dans ce travail, et les motifs qui m'ont déterminé à adopter définitivement le procédé nouveau auquel je me suis arrêté.

» Une première et importante raison qui m'engageait à de nouveaux essais, est cette considération que s'en tenir exclusivement au procédé de de Graefe et exciser constamment un lambeau de l'iris, c'était vouloir s'appliquer à soi-même le proverbe « *qui stat retrostat.* » L'idée de me trouver contraint à ne jamais pouvoir conserver une pupille ronde et mobile m'était d'autant plus pénible, qu'il fallait bien reconnaître que nombre de fois je faisais une chose inutile, et que ce n'était que faute de savoir éliminer les cas où l'iridectomie était salutaire de ceux où elle n'était qu'un accessoire que, dans le but d'obtenir le chiffre maximum de guérisons, on généralisait le procédé combiné.

» Un autre motif qui me poussait à changer de méthode opératoire est le nombre assez considérable d'opérés qui, ayant subi l'extraction par le procédé de de Graefe, présen-

---

(1) Voy. les comptes-rendus des docteurs A. Pomier, G. Martin et Masselon.

(2) *Klinische Monatsblätter*, 1870, p. 1.

tent vers le cinquième ou sixième jour des symptômes d'irritation du coté de l'iris ou même de légères cyclites. A la vérité, cette inflammation se dissipe dans la majorité des cas sous l'emploi énergique de l'atropine, mais il n'est pas moins exact que chez certains malades ces phénomènes inflammatoires s'opposent à une parfaite réussite et peuvent même aboutir à l'occlusion pupillaire, résultats d'autant plus affligeants pour l'opérateur et l'opéré, que l'état des malades, les premiers jours après l'opération, inspirait une sécurité plus complète.

» Tout en admettant avec M. Otto Becker(1) qu'il y a grand avantage à ce qu'un procédé opératoire soit le moins blessant possible, et ne nécessite pas un emploi prolongé d'instruments de fixation, d'écarteur, etc., je ne crois pas qu'on doive faire intervenir les manœuvres prolongées dans le procédé de de Graefe pour expliquer ces irritations de la partie antérieure du tractus uvéal survenant seulement le cinquième ou le sixième jour.

» Personne n'a peut-être mis plus que moi de soins à bien évacuer toutes les masses corticales, à étaler exactement les extrémités du sphincter sectionné, et n'a par conséquent dans certains cas prolongé davantage l'opération. Mon expérience m'a prouvé que ce ne sont pas ces cas qui montrent de préférence l'irritation tardive dont nous venons de parler, et qu'elle éclate parfois chez des malades où l'opération avait été faite sans le moindre encombre et très-rapidement. J'attribue plutôt cette irritation au contact direct de la plaie cornéenne avec celle de la capsule, et à l'influence réciproque qu'exerce la cicatrisation de la plaie de la cornée sur le sac capsulaire et inversement(2).

---

(1) *Nagel's Jahresbericht,* Dritter Jahrgang, p. 403.

(2) Les enclavements de lambeaux capsulaires dans la plaie cornéenne signalés par mon ami Horner sont sans contredit ici d'une grande importance; l'on peut souvent en effet voir à l'éclairage oblique des opacités capsulaires s'étaler de la plaie vers le champ pupillaire, sur des yeux qui

En admettant l'avantage de l'iridectomie pour ce qui regarde l'évacuation facile et complète du cristallin, je n'hésite cependant pas à lui reconnaître le grave inconvénient de mettre en contact direct la plaie cornéenne avec la plaie capsulaire.

» N'a-t-on pas dans ces derniers temps apporté la plus grande attention à la propreté de la plaie extérieure de l'œil, afin de la préserver autant que possible de tout contact avec des matières infectantes et des éléments de migration ? Parait-il illogique de revendiquer pour les lèvres de la plaie qui sont dirigées vers la chambre antérieure ces mêmes soins de propreté? A cet égard, la conservation de l'iris le long de la plaie joue un rôle capital, en ce sens que cette membrane forme une barrière qui s'oppose à ce que les produits fournis du coté de la plaie capsulaire, des lambeaux de cette capsule et des débris de masses corticales, enfin les éléments de prolifération puissent se mettre en contact avec les lèvres internes de la plaie cornéenne (1).

Une troisième raison qui a contribué à me faire entrer dans une voie opératoire nouvelle, ce sont les observations assez nombreuses d'irritation sympathique (2) qui ont été relatées après l'opération de de Graefe. A la vérité je n'ai guère eu moi-même à me plaindre de ce côté (3), ce que je

---

ont montré une irritation prolongée après l'opération. A cet égard, on étudiera avec fruit les dessins de M. Otto Becker (*Atlas der pathol Topographie des Auges*, 1 Lief.)

(1) Sous le rapport de la propreté, les plaies pratiquées à la partie supérieure de la cornée l'emportent de beaucoup sur celles situées en bas, avec lesquelles les précipités de l'humeur aqueuse, les épanchements, les flocons de masses corticales peuvent, en se déposant dans les parties déclives de la chambre antérieure, se mettre bien plus aisément en contact.

(2) Voy. le Compte-rendu du Congrès d'ophthalmologie d'Heidelberg. *Klinische Monatsb.* October, Nov., Déc. 1874, p. 334.

(3) Je n'ai observé qu'une seule fois une iritis sympathique à la suite d'une extraction de de Graefe, mais, pour comble de malheur, c'était chez un malade haut placé, le prince M., et tout concourut ici à me laisser de ce cas l'impression la plus pénible.

n'attribue qu'en partie à la modification que j'ai depuis longtemps apportée à l'emplacement de la section (1). On ne doit pas supposer, en effet, que ce simple déplacement vers la cornée, de la partie moyenne de la section garantisse des ophthalmies sympathiques, car nous avons pu observer une malade, opérée ailleurs par section médiane sur l'œil droit, chez laquelle il s'était fait un large enclavement de l'iris, et où non seulement l'œil opéré fut complétement privé de toute perception lumineuse, mais où l'œil gauche de cécité complète fut atteint à la suite d'une irido-choroïdite sympathique qui avait éclaté quatre semaines après la première opération.

» Il ne peut donc y avoir de doute que l'on n'observe bien plus fréquemment l'ophthalmie sympathique à la suite de l'opération de la cataracte depuis qu'on pratique des sections linéaires.

» Je ne dois pas non plus cacher, en exposant avec sincérité les raisons qui m'ont poussé à rechercher un nouveau procédé, que le milieu dans lequel je vis a exercé sur moi une certaine influence. Qu'on veuille bien comparer un œil opéré avec conservation d'une pupille ronde et noire, avec un autre œil sur lequel l'opération de de Graefe a été exécutée, avec la plus parfaite réussite, et l'on conviendra que, dans une ville comme Paris où le goût pour le beau est poussé si loin, on ne peut hésiter un instant dans son choix.

» En outre, il ne peut y avoir de doute que la vision (je ne dis pas l'acuité visuelle) d'un œil présentant une pupille ronde sera supérieure à celle d'un œil affligé d'une large pupille artificielle. C'est la position que j'occupe dans une des grandes capitales qui m'oblige à opérer de manière à ce qu'on ne puisse pas m'objecter : « on peut encore faire mieux que cela. »

---

(1) Voy. le compte-rendu du Dr G. Martin, Paris 1873.

» Mais toutes ces raisons n'auraient pu avoir de prise sur moi si elles avaient dû m'amener à abandonner un procédé auquel je dois de si nombreux succès et l'échanger contre une opération moins riche en bons résultats. Heureusement cette alternative ne m'a pas été posée, comme j'aurai l'occasion de le démontrer plus loin.

Après avoir longtemps pratiqué l'extraction à lambeau, et principalement le procédé de Jacobson, j'ai reconnu la très-grande facilité que ce lambeau périphérique donne à la sortie du cristallin. En outre, je partage entièrement les vues de M. Jacobson relativement à l'influence favorable de cette section sur la guérison. Je n'en saurais mieux faire l'éloge qu'en signalant ce fait, tandis que l'ancienne section cornéenne a donné, entre les mêmes mains, une suppuration sur dix à treize cas, pareille issue fatale ne s'est montrée, à peine dans la section périphérique (avec irridectomie), qu'une fois sur cent (1).

Indépendamment des conditions de nutrition plus favorables et de guérison plus propices que donne la section qui tombe, non dans la cornée même, mais dans la jonction de cette membrane avec la sclérotique, je lui reconnais un autre avantage : c'est que la cicatrice qui se produit ici est essentiellement une cicatrice à filtration, garantissant l'œil de complications glaucomateuses, comme des yeux opérés de la cataracte et surtout ceux dans lesquels sont restées

(1) Je ne me souviens que trop que les suppurations de la cornée, qui avaient complétement disparu à ma clinique tant que j'exécutais le procédé de Jacobson, firent de nouveau leur triste apparition lorsque j'adoptai le procédé de de Graefe. Comme le fait observer avec raison M. Steffan (*Klinische Erfahrungen u. Studien*, 1869, p. 16), il faut mettre en opposition le nombre de suppurations observé à la suite de l'opération de de Graefe et des sections médianes avec celui que le lambeau périphérique a donné, sur 207 cas à Jacobson (4 cas), sur 208 de mes malades (aucun cas) et sur 62 cas de M. Steffan (un cas), en tout cinq suppurations sur 477 opérations

des masses corticales peuvent en présenter si facilement. L'action antiphlogistique qu'on attribue à l'iridectomie dans l'opération de la cataracte ne saurait être basée, à mon avis, que sur l'établissement d'une bonne cicatrice à filtration, si toutefois on peut éviter ici l'écueil des enclavements de l'iris dans la plaie.

» Il s'agissait donc pour moi d'obtenir une guérison rapide résultant d'une coaptation parfaite de la plaie, et en même temps d'établir une cicatrice à filtration en évitant l'enclavement et l'interposition de l'iris. Pour cela, il fallait abandonner les sections situées dans la sclérotique et aussi celles placées dans la cornée. La section de Jacobson, occupant la jonction de ces deux membranes, était donc la seule qui pût remplir les conditions voulues; mais, en la faisant tomber en partie dans la sclérotique et en lui donnant l'étendue que lui a assignée son auteur, l'opération était rendue périlleuse (sans le concours d'une anesthésie complète). En outre, il me paraissait impossible, pour une ouverture périphérique aussi étendue, d'éviter l'iridectomie. D'un autre côté, je ne voulais pas sans nécessité absolue renoncer à cet avantage essentiel des sections linéaires de s'opposer à un entrebâillement sans pression directe sur l'œil.

» Il me fallait donc trouver une réduction de la section de Jacobson telle : 1° qu'elle permît un écartement suffisant pour la sortie facile de la cataracte la plus volumineuse, 2° que le lambeau ne se renversât pas spontanément, mais se coaptât dans tous les cas comme une section linéaire, 3° qu'elle eût une dimension permettant sans difficulté l'exécution du procédé en haut et sans iridectomie.

» Je m'étais flatté qu'en réduisant l'étendue du lambeau de la manière qui sera indiquée, j'éviterais les enclavements de l'iris. Mais cet espoir a été déçu, et j'ai dû recourir pour arriver à ce résultat à un autre moyen, heureusement efficace et avantageux sous d'autres rapports.

» La comparaison et le calcul des diverses sections faites dans la cornée et son proche voisinage m'ont montré que la section de Daviel, suivant qu'on se tenait à 1^{mm} de distance de la sclérotique ou qu'on laissait seulement le limbe conjonctival adhérent à la sclérotique, donnait, sur une cornée de 12^{mm} de diamètre, un lambeau dont la base mesurait de 10 à 11^{mm}, que le lambeau de Jacobson offrait une base de $11{,}83^{mm}$, et qu'en éloignant de 2^{mm} du diamètre de la cornée la base du lambeau, on obtenait une section de $11{,}32^{mm}$, dépassant donc encore la plus large section à lambeau de l'ancien procédé, et permettant, comme la pratique me l'a démontré, un entrebâillement très-suffisant pour la sortie de la cataracte la plus volumineuse.

» Le lambeau que je fais comprend le tiers supérieur de la cornée, qui est détaché très-exactement de la sclérotique. Il présente une hauteur de 4^{mm} et se coapte avec une exactitude aussi parfaite qu'on peut le désirer pour la section linéaire de de Graefe.

» Le lambeau de 4^{mm} de hauteur donne, déduction faite de l'épaisseur de la cornée, une ouverture interne de $9{,}32^{mm}$, et un entrebâillement tel que, si nous nous en rapportons aux mensurations faites à ma clinique et à celles exécutées par M. Steffan, une cataracte de grandeur maximum, c'est-à-dire de $8{,}5^{mm}$ de largeur et de 4^{mm} d'épaisseur (4‴ et 2‴ suivant Steffan) peut aisément sortir à travers cette section sans occasionner de contusions fâcheuses.

» Il me resta, l'étendue de la section trouvée, à savoir jusqu'à quel point l'iris mettrait obstacle à la sortie du cristallin et réagirait contre le tiraillement et la contusion que le passage du cristallin exercerait sur lui. A cet égard, il me parut urgent d'expérimenter moi-même et de ne pas m'en fier aux raisonnements théoriques d'après lesquels une section périphérique rendrait « mécaniquement impossible » la sortie du cristallin sans iridectomie, alors que les

démonstrations pratiques enseignent absolument le contraire.

» Quant aux tiraillements du diaphragme iridien au moment du passage du cristallin et à sa contusion, ceux qui ont pratiqué l'ancien procédé de Daviel savent que l'iris est à cet égard d'une grande complaisance et qu'il ne devient pour l'opérateur une cause de tourment qu'en se transportant malencontreusement entre les lèvres de la plaie. Il est certain que les dangers médiats du procédé découlent essentiellement de la section et non de l'irritabilité dont l'iris devient le siége.

» La pratique m'a prouvé que j'avais bien raison de me défier de ces raisonnements théoriques qui auraient pu me faire reculer devant mon procédé, en m'enseignant, par exemple, qu'en faisant un lambeau supérieur et périphérique la cystitomie ne pourrait se faire que sur un malade profondément anesthésié (Jacobson), et que, comme conséquence de la tendance qu'a l'œil à fuir en haut, j'aurais besoin pendant toute la durée de l'opération de maintenir les paupières au moyen d'un écarteur et d'attirer l'œil en bas avec une pince à fixation (Liebreich). Qu'on veuille bien exécuter le procédé que je propose, et l'on s'assurera qu'il n'y a pas lieu de tenir le moins du monde compte de ces appréciations théoriques.

» Mes premières opérations m'ont démontré que la réduction de la section de Jacobson donnait, avec une sortie aisée du cristallin, tous les avantages des sections linéaires pour ce qui regarde la coaptation des lèvres de la plaie, l'absence d'entrebâillement et l'éloignement des dangers d'une issue facile du corps vitré; mais d'un autre coté cette réduction ne prévenait nullement les tendances au prolapsus de l'iris, et c'est alors que j'ai eu recours à l'emploi de l'ésérine en instillations (1).

---

(1) Depuis que j'ai fait connaître cet emploi, des réclamations se sont

» L'opération, telle que je l'ai décrite dans une Note adressée à l'Institut de France (27 Mai 1875), a subi quelques modifications qui ont eu pour résultat de simplifier encore le procédé.

» Les instruments nécessaires sont :

» 1° Un couteau présentant une largeur double de celui de de Græfe et la moitié de la largeur du couteau de Zehender (Beer).

» 2° Un kystitome ordinaire.

» 3° Une petite spatule en caoutchouc.

» L'opération est exécutée de la manière suivante :

» *Premier temps*. En raison de la position que doit prendre l'opérateur, le rôle de l'assistant est différent suivant qu'il s'agit de l'œil droit ou du gauche. Si l'extraction doit être pratiquée sur l'œil droit, l'opérateur, placé derrière le malade, relève la paupière supérieure avec l'index de la main gauche ; en même temps l'aide fixe l'œil en saisissant dans une pince sans verrou un pli de conjonctive vers la partie inférieure de la cornée.

» Lorsque au contraire on opère sur l'œil gauche, c'est à l'aide que revient le soin de relever la paupière supérieure, pendant que l'opérateur, placé au devant de son malade, fixe lui-même l'œil au moyen de la pince tenue de la main gauche. L'œil ainsi découvert et fixé, l'opérateur détache alors très-exactement le tiers supérieur de la cornée de son insertion scléroticale. Dès que la contre-ponction est terminée,

---

élevées de divers cotés au sujet de l'usage qui aurait déjà été fait de l'extrait de calabar après l'extraction du cristallin. Personne n'a, je crois, employé l'alcaloïde du calabar d'une façon aussi méthodique et aussi abondante que moi, et j'ai été heureux d'avoir, au Congrès de Heidelberg (1875) la confirmation du fait que non seulement l'ésérine a, une action très salutaire comme myotique, mais qu'elle diminue sensiblement la sécrétion conjonctivale et agit contre la diapédèse et la migration, probablement aussi comme antiseptique.

la fixation est abandonnée pendant que l'on achève de tailler le lambeau. Afin d'éviter tout écoulement de sang pouvant apporter de la gêne pour la kystitomie et aussi pour rendre plus aisée l'introduction du kystitome, on termine la section sans former de lambeau conjonctival et en dirigeant dans ce but le tranchant du couteau faiblement en avant.

» Le *deuxième temps* de l'opération consiste dans l'ouverture de la capsule au moyen d'un kystitome ordinaire.

» *Troisième temps*. L'opérateur relève la paupière supérieure, puis, engageant le malade à diriger le regard un peu en bas, il exerce avec la paupière supérieure une faible pression sur la lèvre correspondante de la plaie, en même temps qu'il refoule le cristallin en haut à l'aide de la paupière inférieure appliquée contre la partie inférieure de la cornée.

» *Quatrième temps*. Après le nettoyage complet de la pupille, si l'iris n'est pas rentré de lui-même dans l'œil, on procède à sa réduction en entrebâillant les lèvres de la plaie avec la spatule, que l'on fait au besoin glisser dans la chambre antérieure en repoussant doucement l'iris devant elle.

» Depuis les premières opérations où l'on a eu recours à l'ésérine, l'emploi de cet alcaloïde a été sensiblement modifié. Les modifications sont les suivantes :

» 1° *Immédiatement avant* d'opérer, le malade étant couché, on instille une goutte du collyre à l'ésérine (1), après quoi l'on sèche avec soin les paupières.

» 2° *L'opération terminée*, dès que l'iris a repris sa place et que la pupille parait ronde et parfaitement noire, on

---

(1) Il faut de toute nécessité posséder un sulfate d'ésérine absolument neutre et en solution fraîche. Les solutions vieilles de 8 à 10 jours renferment déjà un produit d'oxydation, la rubrésérine, qui leur communique une couleur rose ou même rouge. Nous employons exclusivement le sulfate neutre d'ésérine préparé d'après le procédé de Vée par M. Duquesnel (Pharmacie Vée, 42, Rue du Faub. Saint-Denis, à Paris).

instille de nouveau une goutte d'ésérine, puis on procède à l'épreuve visuelle. Celle-ci terminée, on fait une troisième instillation avant de poser le bandeau.

» D'après l'expérience acquise jusqu'à présent, ces trois instillations paraissent suffire. On a abandonné l'emploi des lavages avec l'ésérine et l'on est revenu de la pratique d'attendre pendant cinq minutes, l'action du myotique l'application immédiate du bandeau, aussitôt l'épreuve visuelle achevée, semblant en réalité préférable.

» Avant d'exposer les résultats de mes premières opérations pratiquées par extraction à lambeau périphérique, je crois nécessaire d'appeler l'attention sur deux points. D'abord ces opérations comprennent la période d'apprentissage de ce nouveau procédé opératoire, et j'ai la conviction que les résultats ultérieurs seront, plus satisfaisants, comme cela arrive pour toute autre méthode. Ensuite je ferai observer que ce relevé statistique était destiné à mon enseignement. Je devais rechercher s'il y avait intérêt pour moi et pour l'établissement que je dirige, à échanger le procédé de de Græfe, si riche en bons résultats, contre une nouvelle opération. Le point important était donc de ne pas tromper, dans cette question d'organisation intérieure, la personne la plus directement intéressée, c'est-à-dire moi-même. Quelque flatteur qu'il puisse être pour moi de voir ce nouveau procédé se propager et recevoir un accueil favorable, cette considération devait nécessairement être reléguée en seconde ligne.

» Nous présentons ci-dessous le résumé des opérations de cataracte pratiquées d'après le nouveau procédé.

» Les 179 cataractes opérées par *extraction à lambeau périphérique* ont donné, comme acuité visuelle, les résultats qui suivent :

Chez 24 opérés $S = 1$.
— 33 — $S = \frac{2}{3}$.
— 29 - $S = \frac{1}{2}$.

Chez 21 opérés $S = \frac{2}{5}$.
— 23 — $S = \frac{2}{7}$.
— 23 — $S = \frac{1}{5}$.
— 12 — $S = \frac{1}{10}$.

» Chez 6 malades qui, peu de jours après leur opération, comptaient les doigts à des distances variables, l'acuité visuelle définitive n'a pas été fixée, ces opérés ne s'étant pas encore représentés à la consultation pour le choix des verres.

3 fois il est survenu, après l'extraction, une occlusion pupillaire.
2 fois, une suppuration partielle de la cornée.
1 fois, id. complète id,
1 fois, une irido-choroïdite qui a entraîné la phthisie partielle du globe.
1 fois, une abondante hemorrhagie avec perte de toute perception lumineuse.

» Parmi ces extractions, nous devons faire observer que, dans deux cas, le procédé à lambeau périphérique a été appliqué sur des yeux où une iridectomie avait été faite antérieurement.

» Au cours de l'opération, nous avons enregistré 11 fois l'issue du corps vitré, en général en très-petite quantité. Enfin sur 25 yeux opérés, on a dû noter, à des dégrés variables, un enclavement de l'iris.

» La fréquence relative des pertes du corps vitré sera certainement moindre à mesure que le procédé deviendra plus familier ; d'ailleurs cet accident est devenu excessivement rare dans les dernières opérations.

» Quant aux enclavements de l'iris qui ont été observés 25 fois, il faut faire remarquer que, chez les 20 premiers opérés, c'est-à-dire avant qu'on n'eût fait usage de l'ésérine, ces enclavements avaient déjà été notés six fois, ce qui démontre que l'emploi du myotique a réduit la fréquence de cet accident dans le rapport de 12 à 30 environ.

» Du reste il n'est pas douteux pour moi qu'à mesure qu'on se sera mieux exercé à la pratique du procédé et au mode

d'emploi de l'ésérine, on arrivera à éviter bien plus souvent les enclavements de l'iris. Il est surtout nécessaire de ne pas diminuer l'étendue de la section ; car, pour une facile réduction de l'iris, la sortie du cristallin doit se faire aisément, sans trop presser l'iris pendant son passage dans les angles de la plaie. L'action du myotique se produira aussi avec plus d'énergie, si le cristallin n'a pas tiraillé et contusionné outre mesure les fibres musculaires iridiennes.

» Nous devons encore signaler ce fait, que nous avons noté les moindres enclavements de l'iris n'ayant même pas exigé une ablation ultérieure, le deuxième ou troisième jour après l'opération. Chez les malades où cette ablation a dû être pratiquée, la vision, par suite du simple déplacement en fente de la pupille, n'a pas été amoindrie, puisque que quelques-uns ont montré une acuité de $\frac{20}{20}$.

» Dans les cas où la réduction de l'iris après l'opération se montrerait très-difficile, l'iridectomie resterait toujours une ressource à laquelle nous avons nous-même eu recours parfois au commencement de nos essais.

» L'extraction à lambeau périphérique nous parait, comparativement à l'extraction linéaire combinée, plus sûre dans ses résultats et ces derniers sont, en l'absence d'un agrandissement permanent de la pupille, sans contredit plus parfaits. Cette nouvelle opération sera susceptible de subir encore bien des perfectionnements, tandis que l'opération de de Graefe, par la culture à laquelle elle a été soumise, semble avoir atteint ses meilleurs résultats ; mais ceux-ci devant toujours, à cause de l'établissement de la pupille artificielle, porter une marque d'imperfection.

» Les cas d'enclavement de l'iris, fidèlement relatés, sont certainement très-nombreux, et constitueraient, s'ils devaient se présenter dans les statistiques suivantes avec une égale fréquence, une objection sérieuse contre la méthode ; mais, d'une part nous avons vu progressivement diminuer le nombre des enclavements par un emploi raisonné de l'ésé-

rine, d'autre part, le danger d'un enclavement pourra être dans la suite prévu avant l'opération et alors le procédé ne sera pas appliqué.

» Afin d'arriver à la connaissance des cas qui se prêteront mieux à un procédé combiné qu'à l'extraction simple, on prend actuellement soin, à la clinique, de noter avant chaque opération :

1° Le degré de tension de l'œil.

2° Le degré de motilité de l'iris.

3° La consistance et le degré de maturité de la cataracte, et, conjointement, l'amplitude de la chambre antérieure, suivant que la cataracte est dans une période progressive ou régressive.

» Après avoir ainsi pratiqué un grand nombre d'opérations, on arrivera, nous l'espérons, à distinguer les cataractes où la conservation d'un iris intact offrirait, à cause de l'imminence du prolopsus, un certain danger, et ces cas seront alors réservés pour un procédé combiné.

» Quoique l'iridectomie, comme il a été exposé plus haut, présente dans l'extraction de de Graefe quelques inconvénients sérieux, il ne viendra jamais à notre esprit de prétendre rejeter ou nier les progrès et les avantages que de Graefe a sans contredit réalisés par l'introduction, dans la pratique ophthalmologique, des procédés combinés d'extraction par la méthode linéaire.

» *Aucun praticien expert ne s'illusionnera au point de vouloir trouver une méthode d'extraction qui soit d'une opportunité égale pour tous les cas de cataracte sénile simple. Notre principal but, dans la recherche d'une nouvelle méthode opératoire, a été de nous affranchir de la routine où l'on tombe en soumettant indifféremment tous les cas à un même procédé qui, combiné à l'iridectomie, ne peut nécessairement prétendre à être le dernier mot du progrès en thérapeutique chirurgicale de la cataracte.* »

II. Iridectomies.

Les iridectomies, au nombre de 171, doivent être divisées suivant l'indication que l'on a eue en vue lorsqu'elles ont été pratiquées :

1° En iridectomies antiphlogistiques	. . .	157
2° — optiques	. . . . . .	14

Iridectomies antiphlogistiques.

Glaucomes chroniques simples	27
— inflammatoires chroniques. . .	10
— aigus	2
— hémorrhagiques.	2
— absolus	2
Irido-choroïdites glaucomateuses	6
Kératites glaucomateuses	3
Cataracte glaucomateuse.	1
Leucômes adhérents	27
Irido-choroïdites	38
Staphylômes partiels de la cornée	9
Iritis anciennes.	10
Iritis à rechutes	5
Scléro-choroïdites antérieures	2
Hydrophthalmos congénitaux	2
Cataractes traumatiques	7
Ulcères de la cornée	2
Enclavement de l'iris par traumatisme. . .	1
Corps étranger de l'iris (fragment d'acier) . .	1

Iridectomies optiques.

Leucômes de la cornée	8
Cataractes polaires postérieures.	3
Cataracte congénitale.	1
— commençante	1
Incrustation métallique de la cornée . . .	1

III. Iridotomies.

L'iridotomie, qui a été pratiquée 35 fois, comprend des iridotomies simples, au nombre de 5, et des iridotomies

doubles qui s'élèvent à 30. Les affections pour lesquelles ces iridotomies ont été exécutées sont les suivantes :

Iridotomies simples

Cataractes zonulaires	3
Luxation du cristallin.	1
Leucôme de la cornée	1

Iridotomies doubles.

Occlusions pupillaires et cataractes secondaires. . .	22
Cataractes traumatiques	8

L'exposé qui précède est une nouvelle démonstration que, dans les cas de luxation du cristallin, l'iridotomie s'offre comme l'opération la plus facile à exécuter et aussi comme la plus opportune pour la formation d'une pupille artificielle.

La proportion de 5 cas de pupilles optiques sur 30 cas dans lesquels l'iridotomie avait aussi à atteindre un but antiphlogistique, montre bien que c'est essentiellement l'iridotomie double qui est appelée à jouer un rôle important dans la chirurgie oculaire.

C'est avec une grande satisfaction que nous pouvons constater que toutes les publications apparues jusqu'à présent sur l'iridotomie(1) confirment les résultats heureux que cette opération a donnés à la clinique.

---

(1) Voyez : Abadie, *De l'iridotomie.* Bulletin de thérap. 15 Fév. 1875, p. 97 ; A. W. Calhoun, *Irydotomy and its applicability to certains defects of the Eye. Southern medical Record,* 1875. H. de Gouvea, *A Iridotomia. Rio de Janeiro* in 8°, p. 34, 1875. Henry D. Noyes, *Iridotomy by Wecker's Forceps* Cissors. The medical Record, 15 jan. 1876 dit : (*With such an instrument* (des pince-ciseaux bien faites) *Wecker's operation is a surgical triumph*) M. Noyes a éxécute l'iridotomie dans 22 cas avec un parfait succès, à l'exception d'un seul où l'opération n'eut pas une bonne réussite, ce qui doit, suivant notre confrère, être attribué à l'instrument défectueux dont on s'était servi pour sectionner l'iris.

Citons à cet égard les conclusions de M. Grosmann [1], qui a pratiqué cette opération dans son service du Grand-hôpital de Pesth-Ofen. « Quoique le nombre des cas dans lesquels j'ai exécuté l'iridotomie soit très-restreint, je n'én ai pas moins pu faire l'expérience personnelle que, par la méthode que de Wecker a nouvellement conseillée et modifiée, on peut obtenir, dans les cas où des couches exsudatives se sont formées, des résultats incomparablement meilleurs qu'avec le couteau recommandé pour l'iridotomie par de Graefe en 1869.

» Il est vrai, suivant ma propre expérience, que, dans certains cas, lorsque les couches exsudatives rétro-iridiennes sont d'une consistance telle qu'elle deviennent très-résistantes, comme du cuir, (ces productions formant une masse quasi-tendineuse incrustée de sels calcaires), l'on ne peut arriver, même avec le coup de ciseaux, au résultat désiré, et cela par la raison que la fente pratiquée dans la couche exsudative se ferme par une repullulation développée à nouveau ; mais, en dépit de ce fait, il est indéniable que l'ophthalmologie opératoire, grâce à l'iridotomie reprise par de Wecker, s'est notablement enrichie, eu égard aux résultats fournies par l'iridectomie.

« Je partage entièrement la manière de voir du prof. Horner exprimée au congrès de Heidelberg, à savoir que l'avantage essentiel de l'iridotomie préconisée par de Wecker consiste en ce qu'elle détermine la plus minime modification, dans la pression de l'œil, que l'on puisse, d'une façon générale, désirer dans une opération; qu'elle ne provoque que le moins de tiraillements possible, et qu'elle atteint par cela même un minimum dans les causes de troubles circulatoires. Ces effets nuisibles sont par contre facilemeut développés en pareilles circonstances par l'iridectomie, et engendrent une poussée nouvelle d'irido-cyclite qui, comme on le sait.

---

(1) *Klinische Monatsblaetter*, XIII, p. 101.

amène la phthisie de l'œil. Cette issue fatale ne se montre pas, suivant ma propre expérience, dans l'iridotomie d'après de Wecker. »

On ne saurait mieux mettre en lumière le véritable avantage du procédé de notre maître consistant à éviter, sur des yeux qui ont passé par des phases inflammatoires graves, un changement brusque dans la tension intra-oculaire et les tiraillements sur l'iris et le corps ciliaire. C'est dans ce but qu'après avoir poussé le couteau, jusqu'à l'arrêt, dans la chambre antérieure, on laisse écouler *avec la plus grande lenteur* l'humeur aqueuse, et que l'on ne fait la boutonnière dans l'iris (en poussant de nouveau dans l'œil l'instrument qu'on avait à moitié retiré) qu'après que le diaphragme iridien est venu se placer sur la surface postérieure de la cornée et contre la pointe du couteau.

C'est renoncer au progrès réel, obtenu à l'aide du double usage du couteau et des pinces-ciseaux, que de vouloir revenir, comme Mooren tend à le faire [1], à l'ancien procédé dans lequel on se contente de couper l'iris avec le couteau dont on s'est servi pour pénétrer à travers la cornée. En agissant ainsi, il est évident que, pour pratiquer une ouverture suffisante dans le plan iridien, il faut, aussi bien pendant l'application de la pointe de l'instrument sur l'iris *tendu* qu'au moment de la section, exercer une pression et un tiraillement sensibles sur les attaches de ce diaphragme, c'est-à-dire sur le corps ciliaire, ce qu'on s'est précisément appliqué à éviter avec tant de soin dans le procédé de l'iridotomie double.

Il en est tout autrement relativement à la question de savoir s'il n'y a pas avantage à changer dans certains cas la *direction* du coup de ciseaux pratiqué dans le diaphragme iridien tendu. A cet égard, une communication importante

(1) Communication orale.

a été faite l'année dernière, au Congrès des ophthalmologistes américains, par M. J. Green, à St Louis (1).

Voici comment ce confrère, après avoir fait ressortir les avantages des pinces-ciseaux (a most admirable instrument for dividing the iris and pupillary false membrane in absence of the lens), s'exprime au sujet de l'iridotomie double.

« Dans l'opération de de Wecker appliquée aux yeux atteints d'aphakie et d'occlusion pupillaire, le fait d'éviter tout tiraillement (dragging) sur le tissu de l'iris et ses attaches ciliaires, recommande sans aucun doute cette méthode comme se montrant immensément supérieure aux anciens procédés d'iridotomie, et l'emportant à plus forte raison sur l'iridectomie, à cause du très-grand avantage d'être d'une exécution plus facile et de laisser l'œil dans des conditions bien plus favorables pour renouveler la même opération si la première n'a pas été suivie de succès. Un principe doit être recommandé comme essentiel dans l'application de la méthode, c'est de placer l'incision de manière à diviser les fibres de l'iris, perpendiculairement à la direction de leur tiraillement anormal, tiraillement dont l'inspection de l'iris indique le sens. En suivant cette règle de conduite, je crois que l'on peut souvent obtenir, avec un simple coup de ciseaux, des résultats de beaucoup supérieurs à la section en V recommandée par de Wecker sous la dénomination d'iridotomie double.

Disons tout de suite que l'on s'est souvent mépris, en dépit des observations et des dessins nombreux qui ont été publiés, sur le sens de l'expression iridotomie *double*. On a cru que celle-ci impliquait nécessairement un double emploi des pinces-ciseaux pour pratiquer deux incisions

---

(1) *Iridotomy by de Wecker's Method*, by Dr *J. Green*, St Louis. Transactions of the american ophthalmological Society. New-York 1876, p. 352.

formant un V. Notre maître a assigné le nom d'iridotomie *double* à tout les cas où (en l'absence du cristallin avec occlusion de la pupille) le couteau à arrêt doit pénétrer dans l'iris aussi bien que les pinces-ciseaux, tandis que, dans l'iridotomie *simple*, ce dernier instrument seul entame l'iris, l'une des branches glissant sous celui-ci à travers la pupille.

Dans la majorité des cas, pour l'iridotomie double, un simple coup des pinces-ciseaux suffit, et la section en V n'est appliquée qu'exceptionnellement.

A part ce détail de nomenclature, l'observation judicieuse de M. Green mérite toute attention, et notre maître a lui-même dû modifier, pour les occlusions qui se produisent à la suite d'extraction sans excision de l'iris, sa manière de diriger la section avec les pinces-ciseaux. Notons en outre que la proposition faite par M. Green présente encore, pour la majorité des cas, l'avantage sérieux de placer en dehors la section du couteau à arrêt et des pinces-ciseaux, et de rendre ainsi le procédé opératoire, bien plus facile qu'en pénétrant par en haut.

La direction du simple coup de pinces-ciseaux, dans l'iridotomie double, sera donc différente suivant que l'on aura affaire à une occlusion pupillaire suite d'extraction combinée ou d'extraction simple.

L'occlusion s'est-elle produite après un procédé combiné (extraction linéaire en haut ou en bas), on pousse le couteau à arrêt dans la chambre antérieure près du bord externe de la cornée (fig. 1, *a*), de façon à pouvoir faire la boutonnière dans l'iris (*b*) un peu au-dessus de son sphincter, si l'extraction a été pratiquée en haut (fig. 1). Le coup de ciseaux (*c*) tranche alors, en deux points, le sphincter ramassé par l'occlusion et détend le plan iridien en produisant une large ouverture en fente.

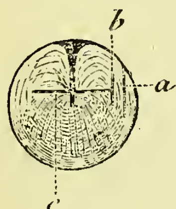


Fig. 1.

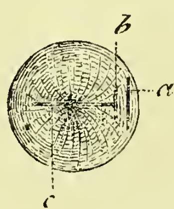


Fig 2.

Inutile de dire que la section cornéenne doit être placée d'autant plus haut (ou plus bas dans l'extraction combinée inférieure) que le sphincter a été attiré davantage vers le bord de la cornée, et qu'il peut arriver, si ce déplacement a été considérable, qu'on soit forcé de donner à la section cornéenne et au coup de ciseaux une direction légèrement oblique, pour ne pas entamer la sclérotique avec le couteau à arrêt.

Une occlusion pupillaire a-t-elle succédé à un procédé d'extraction simple sans déplacement de la pupille oblitérée, on pratique la ponction de la cornée (fig. 2, *a*) et la boutonnière de l'iris (*b*) en dehors, suivant le diamètre horizontal, et l'on coupe le sphincter iridien dans le même sens (*c*) ; il se forme alors une large pupille centrale ovalaire [1].

La recommandation de notre confrère M. Green (du reste semblablement formulée par notre maître) « de diviser, en angle droit à la direction de la traction maximum, les fibres de l'iris » doit être suivie à la lettre lorsqu'il s'agit de pratiquer l'iridotomie double sur des yeux qui, en l'absence du cristallin, présentent une occlusion pupillaire (cataracte traumatique, extraction du cristallin).

---

(1) La figure 3 donne un exemple de la forme que prend en pareil cas la pupille et de la façon dont le sphincter, auquel reste attachée la cataracte secondaire, se rétracte après la section. Ce dessin, exécuté avec la plus grande exactitude, a été pris sur un malade opéré de cataracte par extraction à lambeau périphérique, et chez lequel une iritis avait amené une occlusion incomplète de la pupille, lui permettant seulement de compter les doigts à 2m50 de distance. L'iridotomie pratiquée 5 mois après l'extraction lui rendit une acuité S = $\frac{1}{2}$

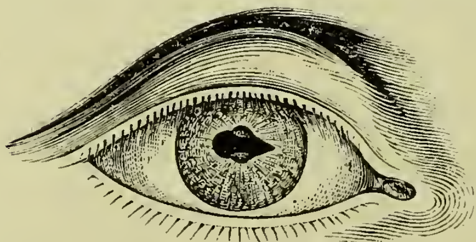


Fig. 3.

IV. Strabismes.

Les opérations de strabisme s'élèvent à 102 et comprennent 94 ténotomies simples et 8 avancements dont le détail suit :

Ténotomies simples.

Ténotomies du droit interne			75
—	—	externe	19

Avancements musculaires.

Avancements du droit interne			4
—	—	externe	3
—	—	supérieur	1

V. Greffe conjonctivale.

Cinq fois on a eu recours, pour des symblepharons, à la greffe au moyen de conjonctive humaine; dans ces divers cas le succès a été le même qu'avec les greffes animales. Nous pouvons répéter aujourd'hui nos craintes, exprimées l'année dernière, de rencontrer de très-grandes difficultés pour obtenir de la conjonctive humaine, si l'on n'utilise pas celle que fournit l'abrasion conjonctivale pratiquée dans les cas de sclérose cornéenne, suite de kératite parenchymateuse ou de scléro-choroïdite antérieure, c'est-à-dire chez des malades ou la muqueuse ne se montre pas altérée.

Ces opérations de greffe, humaine ou animale, nous ont de nouveau confirmé dans cette idée que, s'il s'agit d'appliquer des lambeaux de muqueuse sur des surfaces avivées très-inégales, il faut de toute nécessité recourir à des sutures bien plus nombreuses que les quatre sutures de M. Wolfe. M. S. Klein (1), qui a appliqué la greffe de

(1) *Zur Operation des Pterygium u. zur Transplantation von Schleimhaut*, von Dr S. Klein (Allgem. Wiener med. Zeitung, N° 3 u 4. 1876).

conjonctive du lapin à la guérison du ptérygion, nous reproche d'avoir insisté sur ce dernier point, et appuie sa critique sur ce fait que le petit lambeau, suffisant pour son genre d'opération, s'est coapté grâce à quatre sutures. Evidemment il n'y a pas, pour une application de greffe, de comparaison à établir entre un cas de symblépharon et celui d'un ptérygion, où il s'agit de faire prendre un lambeau de peu d'étendue sur la surface unie du globe de l'œil.

Si notre confrère de Vienne ajoute; « je ne réchauffe pas non plus le lambeau *dans* de l'eau tiède, comme Masselon le demande » c'est qu'il y a certainement là un malentendu, car, à la clinique, on s'est contenté de soumettre le lambeau conjonctival à l'action de la vapeur d'eau, en l'étalant sur une petite plaque de verre qui était ensuite disposée au-dessus d'un vase à demi rempli d'eau chaude. En réalité, il y a peut-être avantage à dégager d'abord le symblépharon, et à utiliser le temps nécessaire à l'arrêt complet du sang, en enlevant le lambeau qui doit être greffé et qu'on transporte alors immédiatement sur la plaie qu'il s'agit de recouvrir.

VI. Corps étrangers de l'œil et de ses annexes.

Cette année a fourni un contingent particulièrement riche en blessures curieuses de l'œil et de ses annexes, et en pénétrations de corps étrangers dans cette région.

Nous signalons parmi ces malades: 1° Un cas de paillette métallique siégeant dans le cristallin cataracté; 2° Un copeau de fer implanté dans l'iris et extrait 24 heures après sa pénétration; 3° Un fragment de capsule dans la chambre antérieure; 4° Un volumineux morceau de bois implanté dans le fond de l'orbite; 5° Un fragment de bois mesurant 2 cent. de long sur 1 cent. de large et ayant séjourné dix-huit mois dans la paupière inférieure droite; 6° Une balle de revolver siégeant sous la voûte de l'orbite. 7° Un

cysticerque de la paupière et un autre siégeant dans le corps vitré.

Les deux derniers cas, remarquables à cause de leur rareté (particulièrement en France), seront seuls rapportés ici.

Obs. I. M. B., 41 ans, capitaine de cuirassiers à Versailles, vient, le 20 août 1875, adressé par son médecin major, M. Emery-Desbrousses, consulter pour une petite tumeur, située vers la partie externe de la paupière supérieure gauche, et dont le développement commence à l'inquiéter. Le malade rapporte que c'est il y a deux ans et demi qu'il a commencè à s'apercevoir d'une petite grosseur lenticulaire occupant le milieu de la paupière supérieure. D'abord allongée et peu mobile sous le doigt, cette petite tumeur est peu à peu descendue vers le grand angle de l'œil. Depuis six mois elle a commencé à se développer et à devenir très-mobile sous la pression des doigts. Aujourd'hui cette tumeur de forme sphérique offre un diamètre de 5 à 6^{mm} ; elle est recouverte d'une peau saine qui glisse très-aisément au-devant d'elle.

L'ablation ayant été décidée, l'opération fut pratiquée le 24 août 1875. La peau fut d'abord incisée, puis, la petite tumeur ayant été soigneusement séparée des parties voisines sans être elle-même entamée, on plaça deux sutures. L'examen microscopique démontra, comme déjà M. de Wecker l'avait annoncé dès que la tumeur avait été découverte par l'incision, qu'on avait affaire à un kyste renfermant un cysticerque. L'examen microscopique fait par M. Poncet montra le cysticerque logé dans une double capsule très dense.

Le malade, interrogé avec soin relativement à son alimentation, ne se souvient pas avoir mangé de viande crue d'aucune nature et n'a jamais souffert du ténia.

Obs. II. Cysticerque du corps vitré. Extraction (relaté par M. de Wecker). M. Roussel, 22 ans, sergent, se présente

à la clinique au commencement de décembre 1875, muni d'une lettre de recommandation du Dr André, de Nancy. Il se plaint de ce que, il y a environ six mois, la vue de son œil gauche a considérablement diminué. Ce jeune homme, natif des environs de Nancy, jouit d'ailleurs d'une excellente santé. Il attribue l'affaiblissement de sa vision ($S = \frac{1}{30}$) à des travaux excessifs.

L'examen ophthalmoscopique montre une opacité très-prononcée du corps vitré, surtout dans les couches postérieures; en dehors, dans le voisinage de la macula, une surface jaunâtre, offrant l'étendue de deux diamètres papillaires, réfléchit très-fortement la lumière et laisse voir des opacités floconneuses à contours vagues et indéterminés. Entre la papille et cette surface brillante, on constate, quoiqu'avec quelque difficulté, un décollement assez étendu de la rétine. En dedans et en bas se montre une vésicule bleuâtre, transparente, qui peut être facilement reconnue pour un cysticerque, bien qu'on ne voie que rarement la tête qui se trouve dirigée en bas et légèrement en arrière.

Le cysticerque ne se déplace que fort peu, malgré les mouvements de l'œil et les changements de position de la tête du malade.

Considérant la position libre de l'animal, j'ai cru pouvoir tenter de percer la vésicule à l'aide d'un couteau de de Graefe très-mince, d'un millimètre de largeur.

Pour cela, j'éclairai le fond de l'œil avec un laryngoscope attaché au front, et je pénétrai avec le couteau très-mince du coté opposé, à un centimètre de la cornée, en haut et en dehors, après avoir préalablement tiré l'œil avec la pince à fixation très-fortement en bas et en dedans. Je pus ainsi observer très-facilement la marche de l'instrument dans l'œil, et constater un déplacement très-rapide de la vésicule en haut en dedans, dès qu'elle eut été atteinte par la pointe du couteau. Je dus alors m'arrêter, convaincu que j'avais touché sans résultat l'animal avec la pointe du

couteau, et aussi parce que je craignais de voir sortir à côté du couteau une certaine quantité de corps vitré, très-fluide en apparence.

Les phénomènes d'irritation après cette tentative furent tout à fait insignifiants, et au bout de huit jours l'œil ne présentait plus aucune rougeur. L'examen ophthalmoscopique fit voir alors les changements suivants : le cysticerque était beaucoup plus mobile, changeait de position à chaque déplacement de l'œil ou de la tête du malade; le cou et la tête de l'animal étaient très rarement rentrés, mais le plus souvent très fortement étendus, la tête exécutant des mouvements fréquents et rapides; la vésicule au contraire semblait absolument immobile, ce qui me frappa d'autant plus que celle-ci présentait auparavant des contractions très sensibles. D'abord je conçus l'espoir que cette façon dont se tenait maintenant l'animal, si différente de celle primitivement observée, devait être considérée comme l'indice d'une mort prochaine, mais je demeurai bientôt convaincu que l'irritation du corps vitré augmentait rapidement, que l'animal devenait fixé en haut et en dedans à la zonule par des opacités filiformes, que le décollement de la rétine avait augmenté considérablement et qu'il fallait prévoir la perte de toute perception lumineuse dans un bref délai.

Comme il s'agissait surtout ici de conserver la forme de l'œil, sur laquelle on ne devait très-vraisemblablement plus compter si l'animal y restait plus longtemps, je me décidai à l'extraction du cysticerque. Dans ce but, je mis à découvert la sclérotique, au-dessus de la vésicule, entre l'insertion du droit interne et du droit supérieur, et, avec un couteau de de Graefe, je fis une incision de 6 millimèt. d'étendue, qui fut élargie avec des ciseaux à branches fines, les couches les plus profondes de la slérotique ayant été imparfaitement divisées par le couteau. Je m'attendais à voir sortir, après l'élargissement de la plaie, une partie du corps vitré liquéfié et en même temps le cysticerque, mais

il n'en fut rien ; il apparut seulement quelques masses légèrement troubles du corps vitré, et je fus obligé d'extraire le cysticerque à l'aide de pinces, après avoir introduit l'instrument sans résultat à plusieurs reprises, et m'être assuré à chaque fois de la position de l'animal qui, comme j'en acquis la certitude, s'était déplacé en arrière, en dehors et en haut. La perte de corps vitré fut insignifiante, ce qui frappa les confrères qui assistaient à l'opération ; l'œil en effet n'offrait par de collapsus, et je pus me convaincre, après avoir placé une suture très fine dans les couches les plus superficielles de la sclérotique, par l'examen ophthalmoscopique, que la partie inférieure et externe de la rétine seulement était décollée et poussée en avant.

Le cours de la guérison fut également surprenant; il n'y eut, à aucun degré, ni douleurs, ni sécrétion conjonctivale; à peine pouvait-on remarquer une légère tuméfaction au tiers interne de la paupière supérieure. L'œil présentait fort peu de rougeur, de sorte que la suture scléroticale fut laissée jusqu'au dixième jour. Le malade conserva le bandeau compressif pendant quatorze jours, et resta huit jours au lit en décubitus dorsal, j'espérais ainsi obtenir la réapplication partielle de la rétine décollée. La vision s'était en effet un peu accrue, de telle sorte que le malade, en quittant la clinique quatorze jours après l'opération, pouvait, quoique très-difficilement, distinguer les doigts en bas et en dehors. Extérieurement, à peine voyait-on une légère tuméfaction du tissu conjonctival et de la plaie scléroticale cicatrisée. L'ophthalmoscope montrait, outre le décollement de la rétine déjà mentionné, un cordon cicatriciel épais occupant la direction suivant laquelle on avait dû introduire la pince.

Quelques semaines après l'œil présentait un aspect extérieur tout-à-fait normal.

APPENDICE.

VII. Anse a filtration.

L'emploi de l'anse à filtration est un nouveau mode de traitement que M. de Wecker a récemment mis en usage dans les cas où il était indiqué d'obtenir une filtration lente de liquide à travers les membranes enveloppantes de l'œil (hydrophthalmie, staphylôme, décollement de la rétine, glaucome absolu, etc.).

Au moyen d'un porte-fil, fort ingénieusement construit par M. Raoul Mathieu, un fil d'or vierge est placé, dans une étendue d'une demi-centimètre, à travers les membranes de l'œil, les extrémités de ce fil sont lachement entortillées et soigneusement enroulés sur eux-mêmes, de manière à ne pas blesser les paupières et à laisser leurs mouvements libres. S'agit-il d'un hydrophthalmus (de staphylômes de la région ciliaire), l'anse est placée vers la région équatoriale, entre deux muscles droits à travers toutes les membranes enveloppantes. A-t-on affaire à un décollement de la rétine, le fil d'or pénètre à travers la conjonctive, la sclérotique et la choroïde seulement, sans comprendre la membrane nerveuse détachée.

Nous nous contentons actuellement de signaler l'emploi de cette anse *que les malades portent sans la moindre gêne un temps indéterminé*. Les résultats obtenus jusqu'à présent à la clinique nous paraîssent de nature à faire supposer que ce moyen opératoire est appelé à jouer un certain rôle dans la chirurgie oculaire.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.